



Departamento de Workforce Services de Utah
Formulario para Reportar Cambios

Date Received: _____

Nombre: _____ Número de SS: _____ Número de Caso: _____

Ya no necesitamos los siguientes tipos de Asistencia Pública: Financiera Médica Alimenticia Cuidado Infantil

Razón: _____ Firma: _____

Llene y firme este formulario si tiene cambios que debe reportar. Si tiene preguntas comuníquese con su trabajador.

Si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, comuníquese con su oficina local. Por favor, sólo marque las casillas que indiquen el área en el que tenga cambios. Recuerde agregar las verificaciones apropiadas para cada cambio que reporte. Usted debe reportar los siguientes cambios durante los primeros 10 días que suceda el cambio. El descubrimiento de cualquier información falsa o no reportada podrá causar sobrepagos, o cargos judiciales por fraude en mi contra. Si sólo recibe Asistencia para el Cuidado Infantil, diríjase a la página 2.

Ingresos: Cambios en su fuente de ingresos, cambio de estatus en su trabajo; Si recibe Asistencia Financiera, cambios de más de \$25.00 dólares en sus ingresos no salariales totales mensuales. Si recibe Asistencia Alimenticia, cambios de más de \$50.00 dólares en sus ingresos no salariales totales mensuales.
A continuación, explique los cambios que ha tenido en sus ingresos:

Deducciones y/ o Gastos: Cambios en su obligación legal de pagar o recibir Soporte Financiero Infantil, cambio de estatus de su caso con la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS), cambio de dirección (proporcione su nueva dirección) y cambio en el costo de vivienda debido a su nueva dirección, cambio de más de \$25.00 dólares en deducciones permisibles totales, cambio de cobertura en su póliza de seguro.
A continuación, explique los cambios que ha tenido en sus deducciones y/ o gastos:

Personas que viven en su hogar: Cambios en el número de personas viviendo en su hogar, cambio de estado civil, cambio de personas que se han mudado para vivir con usted, o vivir en otra parte, cambios en los arreglos para pagar los gastos del hogar.
A continuación, explique los cambios que ha tenido en su hogar:

Recursos: Compra y/ o venta de un vehículo (registrado y con placas, o no); cambios en sus bienes económicos.
A continuación, explique los cambios que ha tenido con sus recursos:

Para Asistencia para el Cuidado Infantil:

Nota: Si reportó cambios en sus Ingresos y/ o en su Hogar en la página 1, no tiene que volver a hacerlo en esta página.

- Ingresos:** Un aumento en sus ingresos totales mensuales (combinando salariales y no salariales) que sobrepases los siguientes limites: Número de Personas en el Hogar (NPH)
 NPH 2 \$1900 NPH 3: \$2347 NPH 4: \$2794 NPH 5: \$3241 NPH 6: \$3688 NPH 7: \$3772 NPH 8: \$3855
 NPH 9: \$3939 NPH 10+: \$4023

A continuación, explique los cambios que ha tenido en sus ingresos:

- Personas que viven en su hogar:** Un padre/ madre, padrastro/ madrastra, cónyuge, exconyuge se muda a vivir en el hogar. El contraer matrimonio, un hijo que recibe Asistencia para el Cuidado Infantil se muda fuera del hogar, un cambio de dirección. A continuación, explique los cambios que ha tenido en su hogar:

- Necesidad de Cuidado Infantil:** Cambios en el horario de los padres y/ o hijos anulando la necesidad de cuidado infantil durante las horas de actividades aprobadas de empleo y/ o capacitación. La persona dejó de participar en programas aprobados de educación o entrenamiento. La persona no reúne los requisitos mínimos de trabajo, incluyendo fin del empleo. Padres solteros deben trabajar por lo menos 15 horas a la semana. En hogares con ambos padres, uno debe trabajar por lo menos 15 horas a la semana, mientras que el otro debe trabajar por lo menos 30 horas a la semana. A continuación, explique los cambios en sus circunstancias:

- Proveedor de Cuidado Infantil:** Cambio de proveedores, incluyendo aquellos que proveyeron el servicios gratuitamente. A continuación, explique los cambios de proveedores:

- Otros cambios (PARA TODOS LOS PROGRAMAS)**

Firma Del Cliente: _____ Fecha: _____

Programa Empresarial No Discriminatorio.

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles a personas minusválidas bajo petición. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (state relay). Para asistencia en Español, marque el número 1-800-346-3162.